

TYÖPAIKKAKIUSAAMINEN JA SAIRAUSPOISSAOLOT SAIRAALAHENKILÖSTÖN KESKUUDESSA

MIKA KIVIMÄKI – MAARIT VARTIA-VÄÄNÄNEN – MARKO ELOVAINIO –
JUSSI VAHTERA – MARIANNA VIRTANEN

Kiusaamista ja henkistä väkivaltaa työpaikalla pidetään vakavana työsuojelu- ja työterveysongelmana. Kiusaaminen on viime aikoina noussut esille myös terveydenhuollon työyhteisöissä. Laajamittaista tutkimusta aiheesta on kuitenkin tehty vasta muutaman vuoden ajan.

Suomalaisessa työikäistä väestöä koskevassa selvityksessä 4 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevistä ilmoitti olevansa kiusaamisen kohteena (Kauppinen & al. 1997). Vastavasti norjalaisista terveydenhuollon työntekijöistä 3–8 prosenttia (Mathiessen & al. 1989; Skogstad & al. 1990; Einarsen & Skogstad 1996) ja itävaltalaisesta sairaala- ja tutkimuslaitoshenkilöstöstä 8 prosenttia (Niedl 1995) koki työpaikkakiusaamista. Englantilaiseen terveydenhuoltohenkilöstöön kohdistuneessa tutkimuksessa työpaikkakiusaamista mitattiin edellisistä tutkimuksista poiketen käyttämällä käyttäytymiskuvia (Quine 1999). Tässä tutkimuksessa lähes 40 prosenttia vastaajista oli kokenut kuvausten mukaisia kiusaamista työpaikallaan.

KIUSAAMINEN JA HYVINVOINTI

Tutkimukset osoittavat yhteyden kiusaamisen ja alentuneen hyvinvoinnin ja terveyden välillä. Terveydenhuoltoalalla kiusaamisen kohteeksi joutuneilla on havaittu mm. eriaisteisia psyykkisiä ja somaattisia oireita, työuupumusta (Mathiessen & al. 1989), tyytymättömyyttä elämään (Kauppinen & al. 1997), tyytymättömyyttä työhön, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, työperäistä stressiä ja useita työpaikan vaihdoksia (Quine 1999).

Näistä kyselytuloksista ei kuitenkaan ole mahdollista päätellä syy-seuraussuhdetta. Emme tiedä, missä määrin kiusaaminen aiheuttaa kuvattuja

kielteisiä asioita, missä määrin kielteiset asiat lisäävät herkkyyttä kokea tulleen kiusatuksi ja missä määrin kolmannet tekijät (esim. vastaamistyö) ovat synnyttäneet havaitut yhteydet. Tämän selvittäminen edellyttäisi seurantatutkimusta.

TUTKIMUS SAIRAUSPOISSAOLOISTA

Seuraavassa esiteltävä tutkimus täydentää olemassa olevaa tietoa työpaikkakiusaamisen mahdollisista vaikutuksista.¹ Tarkastelimme kiusattujen ja ei-kiusattujen sairaalatyöntekijöiden sairauspoissaoloja (Kivimäki & al. 2000b).

Pitkien, lääkärin tutkimusta edellyttävien sairauspoissaolojen lukumäärä ja siinä tapahtuvat muutokset ovat käyttökelpoisimpia tunnuslukuja kuvata henkilöstön terveyttä (Marmot & al. 1995). Poissaolot ovat yhteydessä paitsi sairastavuuteen ja työkykyyn myös terveyspalveluiden käyttöön (Marmot & al. 1995; Stansfeld & al. 1999; Kivimäki & al. 2000c). Poissaoloilla on lisäksi epäedullisia vaikutuksia työyhteisön toimintaan.

Tutkimukseen osallistui kymmenen sairaalaa eri puolilta Suomea. Yhteensä 7 375 sairaalatyöntekijälle (1 156 miestä, 6 219 naista) lähetettiin kyselylomake. Heistä kyselyyn vastasi 77 prosenttia eli 5 655 työntekijää (674 miestä, 4 981 naista).

Kysyimme työntekijöiden kokemaa kiusaamista seuraavasti (Lehto 1991): ”Henkiselä väkivalalla tai työpaikkakiusaamisella tarkoitetaan työ-

¹Tutkimusta ovat rahoittaneet Työsuojelurahasto (projekti 97316), Suomen Akatemia (projekti 44968) ja tutkimukseen osallistuneet sairaalat.

yhteisön jäsenen kohdistettua eristämistä, työn mitätöintiä, uhkaamista, selän takana puhumista tai muuta painostusta. Oletko tällä hetkellä tällaisen kiusaamisen kohteena?" Tiedustelimme myös vastaajien terveydentilaa ja elintapoja (tupakointi, alkoholin käyttö, liikunta, painoindeksi).

Tarkastelimme lyhyitä ja pitkiä sairauspoissaoloja erikseen. Lyhyet poissaolot ovat ilman lääkärintodistusta sairastettuja 1–3 päivän poissaoloja. Pitkät poissaolot ovat yli 3 päivää kestäviä, lääkärintodistukseen perustuvia sairausjaksoja. Sairauspoissaoloiksi ei lueta äitiyslomaa eikä sairaan lapsen hoitamisesta johtuvaa poissaoloa.

Rekisteriaineistoon perustuva seurantajakso kattoi 1.1.1997 ja 31.12.1998 välisen ajan.

KIUSAAMISEN YLEISYYS SAIRAALOISSA

Työpaikkakiusaamista joudutaan yleensä mittaamaan epäsuorasti tutkittavien ilmoittamista subjektiivisista kokemuksista. Kiusaamistutkimuksen sijasta olisikin osuvampaa puhua tutkimuksesta, joka käsittelee kiusatuksi tulemisen kokemusta.

Muihin sairaalahenkilöstöön kohdistuneisiin selvityksiin verrattuna tutkimusaineistomme oli poikkeuksellisen laaja. Koska kohteena olleiden työpaikkojen valinta ei alun perin perustunut otantaan, tuloksien yleistämisessä muihin työpaikkoihin tulisi olla varovainen. Ei kuitenkaan ole syytä olettaa, että nyt tutkitut sairaalat poikkeaisivat jotenkin olennaisella tavalla muista Suomen sairaaloista.

Tutkimuksessa toteutettu kysely- ja rekisteritiedon yhdistäminen lisää tulosten luotettavuutta ja sulkee pois sen mahdollisuuden, että havaitut yhteydet johtuisivat vastaustyylistä. Korkean vastausprosentin perusteella tulokset kuvannevat hyvin tilannetta tutkituissa työpaikoissa.

Tutkimukseen osallistuneista 5 prosenttia eli 302 vastaajaa ilmoitti olleensa tutkimushetkellä työpaikkakiusaamisen kohteena. Osuus vastaa aiempia havaintoja terveydenhuoltohenkilöstöstä (Einarsen & Skogstad 1996; Kauppinen & al. 1997; Mathiesen & al. 1989; Niedl 1995; Skogstad & al. 1990), mutta on matalampi kuin jotkut tiedotusvälineissä esityt arviot.

Kiusatuksi tulemisen kokemus ei näyttäisi olevan kovin yleistä suomalaisissa sairaalatyöyhteisöissä. Jos työpaikkakiusaamiseksi laskettaisiin

vain yli puoli vuotta kestänyt kiusaaminen (kuten usein tehdään), kiusatuksi itsensä kokeneiden osuus jäisi alle 5 prosentin.

MINKÄLAINEN ON KIUSAAMISEN UHRI?

Työpaikkakiusaamiselle on perinteisesti etsitty syitä sekä yksilöstä että työyhteisöstä. K. M. J. Lagerspetzin tutkimusryhmä (1982) havaitsi poikkeavia ominaisuuksia (esim. fyysinen vamma) lapsena kiusaamisen uhriksi joutuneilla. H. Leymann (1996) varoittaa kuitenkin muodostamasta stereotypiaa "kiasatusta persoonasta", joka joidenkin ominaisuuksiensa perusteella joutuisi silmätikuksi työpaikallaan.

Tämän tutkimuksen tulokset tukivat osittain Leymannin näkemystä, sillä kiusatuiksi itsensä kokeneet eivät eronneet taustaltaan, työsuhteeltaan, ammattiasemaltaan tai elintavoiltaan muista työntekijöistä (taulukko 1).

Toisaalta kiusaamisen uhreilla oli muita enemmän kroonisia sairauksia ja heidän joukossaan oli hieman suurempi määrä sekä yli- että alipainoisia. Syy-seuraussuhdetta on vaikea jäljittää. Kyseessä voivat olla yhtä hyvin kiusaamisen seuraukset kuin sen syyt.

KIUSAAMISEN YHTEYS SAIRAUSPOISSAOLIOIHIN

Pitkien ja lyhyiden sairauspoissaolojen taustalla olevat terveysongelmat poikkeavat toisistaan (Hensing & al. 1998). Lyhyet sairauspoissaolot johtuvat lievemmistä oireista, sairauksista ja tapaturmista, eikä niiden ole havaittu lisääntyvän iän mukana (Vahtera & al. 1999). Lyhyissä poissaoloissa työntekijät pystyvät käyttämään enemmän omaa harkintaansa, jäädäkö pois töistä vai ei. Siksi niihin voivat vaikuttaa myös poissaolokulttuuri ja muut tekijät, jotka eivät ole suoraan yhteydessä terveyteen (Hensing & al. 1998).

Kuten taulukosta 2 voidaan havaita, kokemus kiusaamisen kohteeksi joutumisesta oli yhteydessä lisääntyneisiin pitkiin sairauspoissaoloihin. Tämä vahvistaa aiempaa käsitystä työpaikkakiusaamiseen liittyvästä alentuneesta hyvinvoinnista (Barker & al. 1999; Frank & al. 1999; Mathiesen & al. 1989; Quine 1999).

Nyt havaittu riskisuhte sairauspoissaoloille kiusaamisen uhreilla ja muilla työntekijöillä oli 1,5-kertainen. Lähtötason sairastavuuden vakioinnin

Taulukko 1. Erot kiusattujen ja ei-kiusattujen välillä

Muuttuja	Kiusatut (n = 302)	(%)	Ei-kiusatut (n = 5 353)	(%)	X ²	P-arvo
Sukupuoli					0,0	NS
mies	35	(12)	639	(12)		
nainen	267	(88)	4 714	(88)		
Ikä (vuotta)					6,4	NS
18–30	20	(7)	524	(10)		
31–40	71	(24)	1 449	(27)		
41–50	119	(39)	1 880	(35)		
>50	92	(30)	1 500	(28)		
Ammattiryhmä					3,3	NS
lääkärit	24	(8)	375	(7)		
hoitajat	149	(50)	2 670	(50)		
erityistyöntekijät	11	(4)	198	(4)		
laboratorio- ja röntgenhenkilöstö	33	(11)	729	(14)		
hallintohenkilöstö	34	(11)	631	(12)		
huolto, siivous ym.	50	(17)	749	(14)		
Työsuhte					0,2	NS
vakituinen	238	(79)	4 143	(78)		
määräaikainen	64	(21)	1 192	(22)		
Työaikamuoto					0,1	NS
kokoaikainen	281	(95)	4 961	(94)		
osa-aikainen	16	(5)	302	(6)		
Tulot (neljänneksittäin) ¹					0,6	NS
alin	96	(32)	1 614	(30)		
toiseksi alin	77	(26)	1 408	(26)		
toiseksi ylin	67	(22)	1 265	(24)		
ylin	62	(21)	1 066	(20)		
Tupakointi					1,2	NS
ei ole ollut tupakoitsija	209	(72)	3 590	(70)		
entinen tupakoitsija	45	(16)	745	(15)		
tupakoitsija	37	(13)	769	(15)		
Alkoholin kulutus ²					0,2	NS
vähäinen	138	(46)	2 492	(47)		
keskimääräinen	134	(44)	2 365	(44)		
runsas	30	(10)	496	(9)		
Liikunta					0,9	NS
ei harrasta	72	(24)	1 158	(22)		
harrastaa	230	(76)	4 195	(78)		
Painoindeksi (kg/m ²)					8,3	.016
≤20	32	(11)	489	(9)		
20–30	230	(76)	4 395	(82)		
>30	40	(13)	469	(9)		
Diagnosoitu krooninen sairaus					33,6	<.001
ei ole	102	(34)	2 726	(51)		
on	200	(66)	2 627	(49)		

¹Neljännesten rajat miehillä 9 911 mk/kk, 11 491 mk/kk ja 22 991 mk/kk ja naisilla 8 584 mk/kk, 10 298 mk/kk ja 10 972 mk/kk.

²Miehillä vähän = alle 40 g absoluuttista alkoholia viikossa, keskimääräinen = 40–280 g ja runsas = yli 280 g. Naisilla vähän = alle 40 g absoluuttista alkoholia viikossa, keskimääräinen = 40–190 g ja runsas = yli 190 g.

Lähde: Kivimäki & al. 2000b

jälkeenkin kiusaamisen uhrin sairastivat 1,2-kertaisesti ei-kiusattuihin verrattuna.

Tulosten valossa kokemus kiusatuksi tulemi-

sesta näyttäisi ennustavan lisääntyviä terveysongelmia. Se, että kiusatuksi joutuminen lisäsi pitkiä, lääkärin todistukseen perustuvia eikä ly-

Taulukko 2. Erot kiusattujen ja ei-kiusattujen välillä (Poisson regressioanalyysi)

Pitkät poissaolot	Henkilötyövuodet (htv)	Poissaolo-kerrat/100 htv	Riskisuhde (95 %:n luottamusväli)			
			Malli I ¹	Malli II ²	Malli III ³	Malli IV ⁴
Kiusatut (n = 302)	248	105,5	1,51 (1,31–1,72)	1,46 (1,28–1,66)	1,36 (1,19–1,58)	1,26 (1,10–1,44)
Ei-kiusatut (n = 5 353)	4 414	69,3	1,00	1,00	1,00	1,00

Lyhyet poissaolot	Henkilötyövuodet (htv)	Poissaolo-kerrat/100 htv	Riskisuhde (95 %:n luottamusväli)			
			Malli I ¹	Malli II ²	Malli III ³	Malli IV ⁴
Kiusatut (n = 302)	248	177,0	1,23 (1,12–1,36)	1,23 (1,11–1,35)	1,21 (1,09–1,34)	1,16 (1,05–1,29)
Ei-kiusatut (n = 5 353)	4 414	146,3	1,00	1,00	1,00	1,00

¹Malli I: vakioitu ikä ja sukupuoli.

²Malli II: vakioitu edellisten lisäksi työsuhte- ja työaikamuoto sekä tulotaso.

³Malli III: vakioitu edellisten lisäksi tupakointi, alkoholin käyttö, liikunta, painoindeksi ja krooniset sairaudet.

⁴Malli IV: vakioitu edellisten lisäksi lähtötilanteen poissaolotaso.

Lähde: Kivimäki & al. 2000b

hyitä, omaan ilmoitukseen perustuvia sairauslomiamia, viittaa kiusaamisella olevan todellisia vaikutuksia yksilön terveydelle.

TYÖPAIKKAKIUSAAMINEN JA MUUT PSYKOSOSIAALISET TERVEYSRISKIT

Työpaikkakiusaaminen on sosiaalinen konfliktitilanne, johon liittyy usein lisäksi yksilön kokemus eristyneisyydestä ja sosiaalisen tuen puutteesta, ts. tekijöitä, joiden on laajoissa seuranta-tutkimuksissa havaittu heikentävän ihmisen hyvinvointia ja lisäävän sairastuvuutta (House & al. 1988; Orth-Gomer & al. 1993; Vogt & al. 1992).

Työpaikkakiusaamisen terveysriski vastaa suuruudeltaan riskiä, joka aiemmissa tutkimuksissa on havaittu keskeisillä terveyden psykososiaalisilla selittäjillä, kuten vähäisellä sosiaalisella tuella ja heikoilla vaikutusmahdollisuuksilla työssä (Bosma & al. 1997; Johnson & al. 1989; Karasek & Theorell 1990; Kivimäki & al. 2000a; Kivimäki & al. 1997; Vahtera & al. 2000).

Koska työpaikkakiusaaminen on suhteellisen harvinaista, uhrien lisääntyneistä sairauslomista aiheutuneet palkanmenetykset eivät ole yhtä suu-

ria kuin edellä mainittujen tekijöiden yhteydessä. Konfliktien työyhteisöjen toiminnalle ja tehokkuudelle aiheuttamia haittoja on kuitenkin vaikea arvioida. Poissaoloriski ei myöskään anna kuvaa kiusatuiksi itsensä kokevien inhimillisistä kärsimyksistä. Niitä on kuvattu esimerkiksi M. Vartiavaanäsen (1999) toimittamassa kirjassa.

TUTKIMUS PARANNUSKEINOISTA PUUTTUU

Kiusaamisen ehkäisyyn tähtääviä ohjelmia on alettu toteuttaa mm. Isossa-Britanniassa, Ruotsissa, Norjassa ja Suomessa (Quine 1999; Vartia 1996). Interventiot voivat kohdistua yksilöön (terapia, kuntoutus ym.) tai työyhteisöön, ja niillä pyritään ennaltaehkäisyyn (esim. koulutus) tai korjaaviin toimiin kiusaamistilanteissa (esim. tukihenkilöiden nimeäminen, sovittelu, toimintaohjeiden rakentaminen) (Resch 1994; Resch & Schubinski 1996).

Seuranta-aineistoihin perustuvia arvioita interventioiden hyödyistä tai haitoista ei ole tähän mennessä julkaistu (Zapf & Leymann 1996). Tutkimus tulisikin mielestämme nyt suunnata siihen, miten ongelmaa voitaisiin käytännössä lievittää.

KIRJALLISUUS

- Barker, M. & Sheehan, M. & Rayner, C.: Workplace bullying: perspectives on a manpower challenge. *Int J Manpower* 20 (1999), 8–9
- Bosma, H. & Marmot, M. G. & Hemingway, H. & Nicholson, A. C. & Brunner, E. & Stansfeld, S. A.: Low control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal* 314 (1997), 558–564
- Einarsen, S. & Skogstad, A.: Bullying at work: epidemiological findings in public and private organisations. *Eur J Work Organizational Psychol* 5 (1996), 185–201
- Frank, E. & McMurray, J. E. & Linzer, M. & Elon, L.: Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study. *Arch Intern Med* 159 (1999), 1417–1426
- Hensing, G. & Alexanderson, K. & Allebeck, P. & Bjurulf, P.: How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scand J Social Med* 26 (1998), 133–144
- House, J. S. & Landis, K. R. & Umberson, D.: Social relationships and health. *Science* 241 (1988), 540–545
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. & Theorell, T.: Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand J Work Environ Health* 6 (1989), 271–279
- Karasek, R. A. & Theorell, T.: Stress, productivity and reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990
- Kauppinen, T. & al.: Work and Health in Finland 1997. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1997
- Kivimäki, M. & Vahtera, J. & Thomson, L. & Griffiths, A. & Cox, T. & Pentti J.: Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *J Appl Psychol* 82 (1997), 858–872
- Kivimäki, M. & Vahtera, J. & Pentti, J. & Ferrie, J.: Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *British Medical Journal* 319 (2000), 971–975. 2000a
- Kivimäki, M. & Elovainio, M. & Vahtera, J.: Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* (2000). 2000b, painossa
- Kivimäki, M. & Vahtera, J. & Griffiths, A. & Thomson, L. & Cox, T.: Sickness absence and organizational downsizing. In: Burke, R. D. & Cooper, C. L. (eds.): *The organisation in crisis: Downsizing, restructuring and privatisation*. London: Blackwell, 2000. 2000c, painossa
- Lagerspetz, K. M. J. & Björkqvist, K. & Berts, M. & King, E.: Group aggression among school children in three schools. *Scand J Psychology* 23 (1982), 45–52
- Lehto, A.-M.: Quality of working life and equity. Helsinki: Statistics Finland, 1991
- Leymann, H.: The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Organizational Psychol* 5 (1996), 165–184
- Marmot, M. G. & Feeney, A. & Shipley, M. & North, F. & Syme, S. L.: Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 49 (1995), 124–130
- Matthiessen, S. B. & Raknes, B. I. & Rokkum, O.: Mobbing på arbeidsplassen. *Tidskrift för Norsk Psykologförening* 26 (1989), 761–774
- Niedl, K.: Mobbing/bullying am Arbeitsplatz. Munich: Rainer Hampp, 1995
- Orth-Gomer, K. & Rosengren, A. & Wilhelmsen, L.: Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosom Med* 55 (1993), 37–43
- Quine, L.: Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal* 318 (1999), 228–232
- Resch, M.: Wenn arbeit krank macht. (When work makes ill.) Frankfurt am Main: Ullstein-Verlag, 1994
- Resch, M. & Schubinski, M.: Mobbing. Prevention and management in organizations. *Eur J Work Organizational Psychol* 5 (1996), 295–307
- Skogstad, A. & Matthiesen, S. B. & Hellesoy, O. H.: Hjelpepleiernes arbeidsmiljøkvalitet. En undersøkelse av arbeidsmiljø, helse og trivsel blant hjelpepleierne i Hordaland. Bergen: University of Bergen, 1990
- Stansfeld, S. & Head, J. & Ferrie J.: Short-term disability, sickness absence, and social gradients in the Whitehall II study. *Int J Law Psychiatry* 22 (1999) 425–439
- Vahtera, J. & Virtanen, P. & Kivimäki, M. & Pentti, J.: Workplace as an origin of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 53 (1999), 399–407
- Vahtera, J. & Kivimäki, M. & Pentti J. & Theorell, T.: Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: A 7-year follow-up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health* 2000, painossa
- Vartia, M.: The sources of bullying: psychological work environment and organizational climate. *Eur J Work Organizational Psychol* 5 (1996), 203–214
- Vartia-Väänänen, M. (toim.): Kiusaajia ja kiusattuja työpaikalla. Helsinki: Työterveyslaitos, 1999
- Vogt, T. M. & Mullooly, J. P. & Ernst, D. & Pope, C. R. & Hollis, J. F.: Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *J Clin Epidemiol* 45 (1992), 659–666
- Zapf, D. & Leymann, H.: Foreword. *Eur J Work Organizational Psychol* 5 (1996), 161–164.